FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895 — Numéro —

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 juillet à 1 heure

PAR

Fernand AUMONT

Né le 19 juillet 1869 à Dinard (Ille-et-Vilaine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ANURIE DUE AU CANCER DE L'UTÉRUS (NÉPHROTOMIE LOMBAIRE)

Président : M. FOURNIER, *professeur.*

Juges : MM. DELBET, CHAUFFARD, LEJARS, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1895

IRIE
EVALIER
ARIS VI.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895 — Numéro —

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 juillet à 1 heure

PAR

Fernand AUMONT

Né le 19 juillet 1869 à Dinard (Ille-et-Vilaine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ANURIE DUE AU CANCER DE L'UTÉRUS

(NÉPHROTOMIE LOMBAIRE)

Président : M. FOURNIER, *professeur.*

Juges : MM. DELBET, CHAUFFARD, LEJARS, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs :

Anatomie	MM. FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. HAYEM.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN	DELBET	MARIE	RICARD
ANDR	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	QUENU	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	RETTERER	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE		
DÉJERINE	MARFAN		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur H. H. SWANN

Témoignage affectueux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, nous avons eu l'occasion de voir pratiquer à l'hôpital Broca une néphrotomie chez une femme atteinte d'une anurie complète, déterminée par un cancer de l'utérus. Le bénéfice immédiat que retira l'opérée de cette intervention, d'ailleurs palliative, nous engagea à faire sur ce sujet quelques recherches qui nous montrèrent bientôt que l'opération que nous avions vu exécuter, avec profit pour la malade, était à peine connue. Nous avons pu constater, d'autre part, au cours de nos investigations, que nombre de cancéreuses meurent d'anurie à marche aiguë ou chronique, sans que l'on ne tente rien pour prolonger leurs jours. Alors que l'on voit pratiquer couramment des opérations palliatives contre les accidents d'obstruction que provoquent soit les cancers du tube digestif ou du gros intestin en particulier, soit les cancers du larynx et de la langue, il est surprenant que les chirurgiens restent inactifs en présence d'accidents du même genre survenant du côté du rein. En recom-

mandant la taille rénale dans l'anurie, due au cancer de l'utérus, nous croyons préconiser une opération qui, sans être merveilleuse, donnera des résultats aussi satisfaisants que l'anus contre nature ou que la trachéotomie palliative. Les observations sur lesquelles s'appuie ce modeste travail sont déjà très démonstratives, mais c'est surtout dans les cas de cancer à marche latente qui, subitement, se compliquent d'anurie absolue, que le chirurgien aura de brillants succès. Au lieu d'opérer des femmes déjà fortement épuisées, il interviendra chez des malades en pleine santé apparente et pourra, dès lors, compter sur des survies considérables.

Nous divisons cette étude en quatre parties : la première est un court historique de la question ; la seconde est une étude de l'anurie au cours du cancer de l'utérus (anatomie pathologique et symptomatologie) ; dans la troisième, nous avons essayé de montrer que la néphrotomie est l'intervention chirurgicale de choix ; enfin, dans la quatrième, nous donnons le manuel opératoire de la néphrotomie et les suites opératoires qu'elle comporte.

HISTORIQUE

La néphrotomie contre l'anurie, due au cancer de l'utérus, n'a été jusqu'à ce jour pratiquée qu'un petit nombre de fois. En revanche, la néphrotomie contre les accidents d'anurie de cause calculeuse est assez fréquemment exécutée de nos jours. C'est Rayer qui semble le premier l'avoir nettement indiquée : « il serait permis, dit-il, de tenter la néphrotomie dans un cas de mort imminente par l'effet d'une pyélite double sans tumeur, mais avec anurie complète ». Cette indication opératoire ne fut malheureusement pas suivie d'effet de la part de l'auteur et la cause de cette abstention est évidemment dans la rareté des succès chirurgicaux à cette époque.

En 1882, Thelin relate une observation de néphrotomie pratiquée par Bardenhauer.

En 1884, Daniel Mollière en publie un second cas.

Viennent ensuite, en 1885, les cas de Lucas-Championnière et de Lucas, puis celui de Israël en 1888 et de Guermon en 1890, enfin ceux de Desnos, de Duffau-Lagarosse, de Guermonprez, de Gangolphe en 1892.

Au commencement de 1893, est soutenue devant la

faculté de Lyon une fort intéressante thèse sur la néphrotomie d'urgence, par un élève de Gangolphe, le Dr Michel.

Aujourd'hui tous les chirurgiens acceptent la néphrotomie d'urgence dans les cas d'anurie provoquée par un calcul.

Dans des cas un peu plus complexes que ceux que nous avons mentionnés, Reliquet pratiqua en 1886 la néphrotomie pour des accidents urémiques qui ont été considérablement amendés après la néphrotomie. « Je veux attirer l'attention sur un point spécial, un état particulier que j'ai observé chez trois malades auxquels j'ai fait la néphrotomie. Tous les trois ne pouvaient prendre aucun aliment ; à grand'peine, j'en pouvais soutenir deux avec de l'eau albumineuse. Tous avaient de véritables vomissements incoercibles et, de plus, des envies fréquentes d'uriner, avec douleur en urinant et avec diminution considérable de la quantité d'urine. Les douleurs dans le rein malade existaient, mais elles n'étaient pas également intenses chez tous les trois malades. L'un avait un cancer du rein gauche et accusait des douleurs extrêmement vives qui étaient semblables, disait-il, à de véritables coliques néphrétiques qu'il avait eues antérieurement. Les deux autres avaient des abcès du parenchyme rénal ; l'un avait de vives douleurs ; chez l'autre, elles étaient moindres. Chez tous les trois, les urines étaient très peu abondantes. Le cancéreux, malgré le ténesme incessant de l'urèthre et de la vessie, rendait moins de 100 grammes d'urines sanguinolentes par vingt-quatre heures. Les deux autres

rendaient de 300 à 400 grammes d'urine dont une bonne partie était du pus. Chez ces trois malades, aussitôt la néphrotomie faite, les douleurs cessent absolument ; les urines reparaissent et arrivent, après vingt-quatre heures, à la quantité normale. Les malades se nourrissent indifféremment de tout. Le cancéreux me dit qu'il se croit guéri [1].» A propos de ces trois observations, Reliquet recommande la néphrotomie contre l'anurie calculeuse.

Contre l'anurie due à la compression des uretères par un cancer de l'utérus, les chirurgiens sont peu intervenus jusqu'à ce jour.

C'est M. le professeur Le Dentu qui, le 6 janvier 1889, a pratiqué la première opération pour parer à des accidents urémiques survenus chez une malade hystérectomisée pour cancer utérus et en pleine récidive ; il aboucha l'uretère à la peau : la survie fut de treize jours.

M. Picqué, le 6 avril 1894, a exécuté pour la première fois la néphrotomie chez une malade cachectique, atteinte d'un cancer utérin inopérable et en état d'anurie complète depuis dix jours : la survie fut de trois mois.

Un des élèves de M. Picqué, M. Jayle, a pratiqué à son tour deux fois la même opération et a obtenu dans un cas une survie de 19 jours et dans l'autre de 73 jours.

[1] Deuxième congrès français de chirurgie, 1886.

L'ANURIE

DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS

Anatomie pathologique.

L'obstruction des uretères et l'anurie consécutive est une des complications les plus fréquentes du cancer du col de l'utérus ; elle devient même, dans nombre de cas, la cause directe de la mort chez les femmes atteintes du cancer de cet organe.

Sa fréquence est bien connue aujourd'hui ; elle a été établie par un certain nombre de statistiques.

Feré et Caron (1883), dans 51 autopsies de femmes mortes de cancer de l'utérus à la Salpêtrière, notent 21 fois la dilatation bilatérale des uretères, calices et bassinets, 19 fois la dilatation unilatérale de ces mêmes organes.

Charcot écrit que la moitié des femmes atteintes de cancer de l'utérus meurent d'urémie.

Sœxinger, chez 62 femmes mortes de cancer utérin, note 28 cas de compression des uretères avec dilatation et hydronéphrose.

Ebstein, sur 49 cas de cancer utérin, note 39 morts

par urémie lente et 3 par urémie aiguë. Suivant Lancereaux, l'urémie ne manque qu'exceptionnellement dans le cancer de l'utérus ; il note son absence dans 5 cas sur 23 et l'attribue à l'abondance des hémorrhagies qui ont amené une mort prématurée. La fréquence considérable de cette complication justifie l'intérêt que nous apporterons à l'étude de sa pathogénie, de ses symptômes, et des moyens que la chirurgie nous offre pour y remédier.

Gusserow, cité par Charpentier, donne les chiffres suivants : sur 311 cas de cancer de l'utérus, 128 fois la propagation a eu lieu.

Dans plus de la moitié des cas, l'obstruction des uretères est bilatérale ; mais presque toujours l'obstruction et la dilatation sont plus marquées et plus anciennes d'un côté que de l'autre, et, par suite aussi, les lésions du sein du même côté sont parvenues à un degré plus avancé.

L'obstruction de l'uretère par la tumeur peut se produire dans sa portion intra-vésicale, ou dans son trajet sur les côtés du col de l'utérus. Dans le premier cas, le néoplasme, propagé au trigone vésical, vient par ses végétations, obstruer l'orifice uretéral, ou bien il s'agit d'un simple tiraillement des parois vésicales par suite de la rétraction de la tumeur (Dubore et Dreyfous).

Dans le second cas, l'uretère est englobé par le cancer qui peut le comprimer, ou plus souvent infiltre ses parois mêmes et le rétrécit ; la saillie des bourgeons cancéreux vient compléter l'occlusion.

Lorsque l'uretère n'est pas envahi par la tumeur, l'in-

flammation de ses parois, due à la propagation de la cystite si fréquente dans ces mêmes cas, peut en rétrécir la lumière.

Les ganglions lymphatiques malades, dans un cas de Rayer auraient, par leur compression, déterminé l'obstruction du tube uretérin.

Cette obstruction a pour caractères d'être incomplète, chronique, progressive, et sujette à des variations.

Elle est incomplète, et pendant longtemps l'urine s'écoule encore en partie dans la vessie, retardant l'apparition des symptômes d'urémie. Elle est chronique et progressive, ce qui la distingue de l'obstruction calculeuse et permet à l'hydronéphrose de s'établir.

Le cours de l'urine peut se rétablir sans cause apparente pour cesser de nouveau, suivant la prédominance des phénomènes d'infiltration ou d'ulcération.

L'obstacle au passage de l'urine dans la vessie amène un ralentissement du cours et une augmentation de la pression de ce liquide qui s'accumule peu à peu dans l'uretère, puis dans le bassinet et les calices. Il en résulte une dilatation lente et progressive du calibre de ces organes, en même temps qu'un épaississement de leur paroi par irritation simple. L'uretère devient flexueux et peut acquérir le volume de l'intestin grêle ; le bassinet acquiert celui d'un œuf de poule ou plus, l'hydronéphrose se constitue et forme une tumeur bosselée, plus ou moins volumineuse, qui peut arriver à coiffer le rein.

L'urine qui s'accumule dans ces conduits perd une partie de ses propriétés : c'est un liquide clair, inodore,

contenant beaucoup moins d'urée, 7 à 8 grammes seulement par litre, suivant les analyses de Debove et Dreyfous.

Le rein ne tarde pas à être altéré, même lorsqu'il n'y a pas infection par des germes remontant de la vessie. Feré et Caron. sur 51 cas de cancer de l'utérus signalent 17 cas de néphrite interstitielle unilatérale, 7 de néphrite double.

Strauss et Germont (1882), pratiquent la ligature aseptique de l'uretère chez les animaux et distinguent dans les lésions du rein deux phases : 1° d'ectasie, 2° de cirrhose atrophique, survenant 4 à 5 semaines après la première.

Artaud (1883) reprend les mêmes expériences, compare les altérations rénales obtenues à celles du rein des cancéreux, et montre que ces dernières ne diffèrent que par l'addition de l'élément inflammatoire.

Cornil et Brault étudient les lésions au point de vue histologique et distinguent 3 cas. Dans le 1er, obstruction simple sans inflammation, il y a dilatation simple, mécanique des tubes urinifères par l'urine, et atrophie progressive des épithéliums avec infiltration du tissu conjonctif.

Dans le 2e, les phénomènes inflammatoires s'ajoutent aux phénomènes mécaniques ; il y a dilatation des tubes jusqu'aux papilles, infiltration du tissu conjonctif, et néphrite scléreuse diffuse avec atrophie progressive des épithéliums.

Enfin dans le 3e cas, il y a irritation du tissu conjonctif par l'urine altérée et néphrite diffuse suppurée.

Enfin Lancereaux déclare que la néphrite consécutive à l'épithélioma utérin est constante, pour peu que la maladie soit avancée. Les autopsies pratiquées pendant 25 années ne lui permettent pas de poser une seule exception à cette règle.

De cette étude nous devons retenir que le cancer de l'utérus s'accompagne très fréquemment d'accidents urémiques. Comme le dit M. Pozzi [1], en parlant de l'obstruction de l'uretère au cours du cancer utérin et de la mort qui en est la conséquence « c'est ainsi que meurent la plupart des malades ».

[1] Pozzi. — *Traité de gynécologie*, 1re édition, p. 373.

Symptomatologie.

L'anurie par obstruction cancéreuse de l'uretère présente des symptômes différents des autres anuries, lui donnant un caractère particulier, bien décrit surtout par Merklen.

Le début en est généralement insidieux, et la suppression des urines passe longtemps inaperçue, d'autant plus facilement qu'elle n'est pas absolue. C'est seulement à l'apparition des phénomènes d'anémie que l'attention du médecin est attirée de ce côté.

Le plus souvent l'urémie se traduit par des phénomènes gastro-intestinaux : vomissements muqueux ou légèrement teintés de bile, accompagnés de nausées et de hoquet et d'une fétidité extrême de l'haleine, répétés, incoercibles ; on observe parfois de la diarrhée. La malade est prise d'apathie, de stupeur, d'hébétude croissante, puis de somnolence. La température s'abaisse progressivement, descend au-dessous de 36° et parfois à 35° et au-dessous. Les œdèmes sont rares. Enfin la respiration s'embarrasse, devient lente et suspirieuse, le pouls et petit et irrégulier, la mort survient dans le coma, quelquefois précédée d'une ou plusieurs crises convulsives.

Exceptionnellement, on assiste à des accidents d'urémie aiguë, tels qu'accidents éclamptiques et coma prolongé. Les deux observations suivantes, dues à Gauchet et à Aran, en sont des exemples.

OBSERVATION I

(Gauchet. *Union médicale*, 1859).

Le 1er avril 1859, une femme, paraissant âgé de 35 ans, fut trouvée par M. Aran, à sa visite, au n° 32 de la salle Sainte-Thérèse.

Aucun renseignement n'avait été donné et la malade ne pouvait répondre à aucune question. Elle présentait des phénomènes convulsifs épileptiformes et était dans un état extrêmement grave, si grave qu'elle succomba dans les vingt-quatre heures qui suivirent son admission, sans avoir un instant repris sa connaissance.

A l'autopsie, on trouva un cancer du col de l'utérus qui comprimait les deux uretères.

OBSERVATION II

(Aran. *Gaz. Hôp.* 1860, p. 427).

Une vieille femme cachectique tombe subitement sur le trottoir ; on la place dans mon service ; elle est sans paralysie aucune, mais dans un coma profond. On ne peut en tirer aucune parole et elle succombe quelques instants après. Dans ce

fait, le début si brusque, l'intensité des symptômes et la terminaison si promptement mortelle, font pressentir qu'il devait y avoir une lésion considérable. En effet, l'on trouve à l'autopsie les deux reins énormement distendus, puisqu'ils mesuraient de 18 à 20 centimètres verticalement, étaient presque littéralement convertis en deux kystes, tant il restait peu de la substance rénale qui avait été détruite par l'accumulation de l'urine dans les uretères comprimés et oblitérés par un cancer de l'utérus.

Il existe enfin une forme toute particulière d'urémie cancéreuse, sur laquelle nous insistons particulièrement, parce qu'elle relève directement de l'intervention chirurgicale. Il s'agit de ces cas où l'anurie survient, soit tout au début de l'affection, alors que l'état général n'est pour ainsi dire pas touché, soit comme symptôme initial d'un cancer resté latent et inconnu jusque-là. On comprend qu'en pareille circonstance, la néphrotomie donnera un résultat inespéré et permettra de prolonger la vie des malades de plusieurs mois, et peut-être d'années. Nous ne saurions mieux comparer cette variété de cancer, l'anurie qui en est la conséquence, et les bons effets de la néphrotomie, qu'au cancer latent du gros intestin qui se complique brusquement d'obstruction intestinale et se traite avec succès par la création d'un anus contre nature. C'est dans les cas de ce genre que l'opération palliative donne les meilleurs succès. Jusqu'à ce jour, ainsi que le démontrent amplement les observations suivantes, on a laissé succomber les malades sans pratiquer la moindre tentative pour prolonger leur

vie. Mlle Warchaskaïa (p. 107), a déjà insisté avec raison sur ce point. « Nous savons, dit-elle, que dans le cancer de l'utérus le fait d'anurie brusque, survenant par suite d'obstruction rapide des urétères, n'est pas très rare. Il nous semble donc, que dans ce cas, la greffe de l'uretère sur les téguments et la création d'un méat uretéral artificiel peuvent garantir aux opérées une survie prolongée. Notons que l'épithélioma du col de l'utérus, celui qui donne lieu à la plupart des obstructions des uretères, se généralise très peu, ce qui est une condition favorable. C'est l'espérance que cette opération pourrait être pratiquée avec succès qui nous a inspiré l'idée de diviser plus nettement qu'on ne l'a fait les deux formes d'urémie dans le cancer utérin, afin que les cas justiciables d'une intervention puissent être mieux reconnus ».

Nous rapportons ici quelques observations sur lesquelles on ne saurait trop attirer l'attention, car c'est dans ces cas de ce genre que l'intervention donnerait évidemment les meilleurs résultats. En effet, l'état général est bon et les malades succombent, non à l'évolution de leur cancer, mais bien aux accidents urémiques qui viennent brusquement les compliquer.

OBSERVATION I

(Debove et Dreyfous).

P. Fr... 70 ans, domestique, entre le 25 août 1879 à la salle Sainte-Jeanne, n° 9, au service de la clinique de M. le Prof. Sée, suppléé par l'un de nous).

Cette femme, robuste pour son âge, a toujours joui d'une bonne santé ; elle n'aurait eu d'autre maladie qu'une rougeole et une fièvre thyphoïde dans l'enfance, et, plus tard, un ictère probablement catarrhal.

Depuis cinq ou six mois, elle a des douleurs vagues, mal localisées, et qui ne l'ont d'abord pas empêchée de continuer son travail. Depuis quinze jours, elles ont augmenté d'intensité ; elles siègent tantôt à la région des lombes, tantôt aux membres inférieurs. Jamais de vomissements alimentaires ou bilieux ; jamais de gravier rendu pendant ou après les crises douloureuses.

C'est dans la semaine qui précéda son entrée à l'hôpital qu'apparut pour la première fois un symptôme capital, l'anurie. Elle ne fut pas d'emblée définitive ; la malade, après être restée trois ou quatre jours sans uriner, vit reparaître l'urine le 23 août, dans la matinée ; mais, depuis le 22, l'anurie a été complète et persiste le 25 août, jour de son entrée à l'hôpital.

A cette date, on constate que la région hypogastrique ne présente aucune matité à la percussion, et le cathétérisme permet de reconnaître que la vessie ne contient pas une seule goutte d'urine. Il ne s'est encore produit aucun autre phénomène morbide. Les téguments offrent une teinte légèrement jaunâtre, surtout marquée à la face. La malade dit avoir maigri dans ces derniers temps, mais elle *n'a pas l'aspect cachectique* [1] ; c'est avec soin qu'il faut presser du doigt les parties molles qui recouvrent la face interne du tibia, pour y déterminer une très légère dépression.

[1] Dans cette observation et les suivantes, nous avons mis en italique les termes qui montrent que l'état général des malades était encore très-bon.

Depuis une quinzaine de jours, l'appétit a diminué ; la langue est couverte d'un enduit grisâtre ; il n'y a pas de vomissements et les selles sont régulières. L'examen direct du cœur, des poumons, du foie, ne révèle aucune lésion : le pouls est régulier (84 P).

Du 25 au 31 août, aucun trouble apparent ; les seuls faits à noter sont les suivants :

1° La température auxillaire s'abaisse et varie de 37° à 36°,3.

2° L'haleine est infecte, odeur de poisson pourri.

Le 31 août, huitième jour de l'anurie, nausées, vomissements, lourdeur de tête, T. mat. 36°,4, soir 36°,8.

1er septembre. — T. mat. 36°,4, soir 36°,4.

Le 2. — Selles fétides, glaireuses. Vomissements bilieux. Sensation de chaleur interne. T. 36°,5 ; 36°,6.

Le 3. — Injection sous-cutanée de 0gr,02 de nitrate de pilocarpine, suivie de salivation abondante et de vomissements : 400 grammes de salive renfermant 5 grammes d'urée pour 1000 grammes. Le sang, analysé avant l'injection de pilocarpine, renfermait 2gr,64 d'urée pour 1000, après 2gr,66.

T. soir 35°,6.

Pas d'effet thérapeutique appréciable.

Le 4. — 12e jour. Diarrhée, inappétence, insomnie.

Le 5. — Somnolence, gémissements, vomissements. Pouls irrégulier, inégal, petit. T. 36°,3 ; 37°,2.

Le 6. — Même état. Ecoulement de sang par le vagin.

Le 9. — Dix-septième jour. Demi-coma. Les urines reparaissent. Le sang renferme 4gr,04 d'urée pour 1000. Les matières fécales en contiennent 0gr,159. T. 35°.4, 36°.

Le 10. — Nausées, vomissements. Le sang renferme 3gr,989 d'urée pour 1000.

Le 11. — Le sang renferme 4gr,186 d'urée pour 1000 ; 150 grammes d'urine, D. 1012, renfermant 8gr,50 d'urée pour 1000.

Les vomissements et la somnolence persistent.

Epistaxis légère le soir.

Le 12. — Moins de somnolence. Epistaxis. Constipation. Nausées.

Le sang renferme 4gr,441 d'urée, 155 grammes d'urine renfermant 10gr,75 pour 1000.

Le 13. — Cris. Urines involontaires. Haleine moins fétide. Le sang renferme moins d'urée (3gr,90) et l'urine en contient plus (15gr,50). Albumine. Pus. 37°, 37°,5.

Le 14. — Même état, Soif extrême. Moins de vomissements. T. 37°,5, 38°,5.

Le 16. — Mort par affaiblissement progressif.

Autopsie. Cancer du col de l'utérus sans propagation à la vessie ; dilatation considérable de l'uretère droit qui renferme 280 grammes d'urine sanguinolente. Dilatation de la grosseur du poing du bassinet du même côté. Rein pâle ; atrophie de la substance corticale ; cercles hémorrhagiques entourant les pyramides.

Uretère gauche moins dilaté, renfermant 4 grammes de liquide purulent. Calice et bassinets dilatés. Rein œdématié, mou, points hémorrhagiques à la base des pyramides.

Liquide des plèvres renfermant 4gr,459 d'urée pour 1000 grammes.

Cerveau contenant 1gr,727 d'urée pour 1000 grammes.

MM. Debove et Dreyfous font suivre leur observation des réflexions suivantes :

« L'utérus a été le premier et le seul trouble fonctionnel de cancer de l'utérus. Lorsque la malade se présente pour la première fois à notre consultation, elle déclara qu'elle venait à l'hôpital parce qu'elle « ne pissait pas » ; elle niait, en dehors de cela, avoir éprouvé aucun trouble ; elle travaillait encore la veille du jour où elle vint nous voir. Nous pensâmes qu'elle avait peut-être un cancer de l'utérus, et nous l'interrogeâmes dans ce sens. Elle n'avait pas eu de douleurs dans le bas-ventre, elle n'avait eu aucune espèce de perte. Nous allions pratiquer le toucher vaginal, lorsqu'un de nos élèves, habitué à ce genre de recherches, nous affirma n'avoir rien constaté d'anormal par ce mode d'exploration, et nous eûmes le tort de ne pas vérifier cette assertion.

Plus tard, il y eut bien quelques pertes sanguines très légères, par le vagin ; nous avions cru devoir les attribuer, de même que les épistaxis, à une intoxication urémique. L'absence de pertes antérieures, leur apparition à une époque rapprochée de la mort, semble faire croire que l'ulcération se produisit seulement dans les derniers temps de la vie.

Nous ne voulons diminuer en rien l'erreur de diagnostic que nous avons commise ; elle nous paraît cependant comporter un enseignement, c'est qu'il existe des cancers de l'utérus latents, c'est-à-dire ne s'annonçant par aucun trouble notable, et dont le premier symptôme est l'anurie.

OBSERVATION II

(Tournié. *Union médicale*, 1860).

Le 23 juin 1860, je fus prié d'aller voir une femme, malade depuis plusieurs jours, et qui avait eu de la diarrhée et des vomissement bilieux ; la diarrhée avait cessé ; mais les vomissements continuaient. Pour tout traitement, elle avait bu de l'eau de riz et appliqué sur la région de l'estomac des cataplasmes de farine de graine de lin.

Au moment de ma visite, la région épigastrique était douloureuse, le ventre souple et indolent ; la langue était rouge à la pointe et un peu sur les bords ; il y avait de la soif, peu de fièvre, sans chaleur à la peau.

Je prescrivis quinze sangsues à l'épigastre, des cataplasmes émollients, de la limonade au citron et un bain d'eau de son.

Trois jours après, les vomissements avaient cessé ; il y avait encore de la sensibilité à l'épigastre, la langue était moins rouge ; le pouls était à 76 ; il y avait eu une garde-robe la veille.

Je revis la malade le 5 juillet ; la malade avait pu pendant quelques jours se lever et prendre quelques potages, mais depuis deux jours, les vomissements bilieux avaient reparu, et cette femme se plaignait de douleurs vives dans les régions lombaire et inguinale : depuis trois jours, elle n'avait pas uriné. Cependant l'hypogastre n'est ni tendu ni sensible à la pression ; la vessie ne fait point saillie au-dessus du pubis. Le cathétérisme est pratiqué et il ne s'écoule pas une goutte d'urine.

Questionnée sur ses antécédents, voici ce que cette femme

m'apprit : elle est âgée de 52 ans ; mariée à l'âge de vingt ans, elle a eu sept enfants ; tous ses accouchements ont été heureux. Jusqu'à ce jour elle n'a jamais eu de maladie ; elle a toujours été bien réglée jusqu'à l'âge de 46 ans. Il y a six ans, elle a cessé de voir ses règles, et, peu de temps après, est survenue une leucorrhée abondante *sans que sa santé en ait paru altérée* ; elle n'a rien fait pour l'arrêter.

Il y a quelques mois, elle a perdu un peu de sang par le vagin, mais elle ne se plaignait alors ni de douleurs de reins, ni d'aucune autre souffrance, ni de pesanteur dans la région lombaire.

En pratiquant le toucher vaginal, je trouve le col de l'utérus et une partie du corps de cet organe, le quart environ, atteint d'un engorgement squirrheux. Il s'élève de la lèvre antérieure une excroissance fibreuse, en forme de champignon, de la largeur d'une pièce de 2 francs. L'examen au spéculum confirme celui qui a été opéré par le toucher et ces deux explorations sont la cause d'une légère hémorrhagie.

Jamais la malade n'a rendu de gravier ; jamais elle n'a eu de rétention d'urine.

Diagnostic : Anurie due à une oblitération des uretères par l'extension de l'affection squirrheuse de l'utérus.

Quinze sangsues à l'anus, frictions d'onguent mercuriel sur les régions inguinales et de liniment laudanisé sur la région lombaire.

6 juillet. — Les sangsues ont fourni beaucoup de sang, la malade est faible, les vomissements continuent. Pas de miction, douleurs vives dans les reins et l'anus ; fièvre légère.

Le 7. — Pas d'urine, même douleurs, vomissements persis-

tants; la malade ne répond que lentement aux questions que je lui adresse; elle a l'air hébété.

Le 8. — Pas encore de miction, la malade est très faible, les les mêmes phénomènes persistent. Quelques cuillerées de bouillon froid n'ont pas été supportées.

Dans la soirée, la malade urine, et dans le courant de la nuit elle a uriné dix fois, mais chaque fois en très petite quantité ; à peine si, en tout, elle a rendu 200 grammes d'une urine claire, limpide, blanche, sans coloration ni trouble d'aucune espèce. Les vomissements ont cessé immédiatement comme par enchantement ; les régions lombaires et inguinales sont peu douloureuses ; pas de fièvre. La malade se sent complètement soulagée. Les matières vomies n'ont pas la moindre odeur d'urine.

Jusqu'au 13 juillet, la miction a continué facile et abondante, avec les mêmes caractères de limpidité, sans odeur ni dépôt d'aucune espèce. La malade se lève et se promène dans sa chambre; elle a retrouvé sa gaîté, prend avec plaisir un peu de bouillon qu'elle digère parfaitement. Cet état satisfaisant dure pendant dix jours ; mais le 13 les urines manquent encore une fois et les vomissements bilieux reparaissent.

Depuis ce jour jusqu'au 4 août, c'est-à-dire pendant 21 jours, malgré de prétendus besoins d'uriner, pas une goutte d'urine ne s'écoule. Pendant tout ce temps, les vomissements bilieux, verdâtres, porracés, redoublent de fréquence et de violence. Les douleurs des reins sont parfois si violentes que la malade pousse des gémissements continuels et s'arrache les cheveux ; son air hébété s'est transformé en stupeur. Le cathétérisme a été pratiqué sans résultat.

Le 4 août, elle rend un demi-verre d'urine claire et limpide

et jusqu'au 16 août elle urine un peu tous les jours. Pendant ces douze jours, elle prend du bouillon, puis du potage, un peu de café et n'a pas eu de nouveaux vomissements.

Le 16. — La miction est de nouveau supprimée et tous les accidents reparaissent.

Mort le 17 août.

OBSERVATION III

(Legueu. *In thèse Warchaskaïa*, p. 130).

Marie P. 33 ans, entre le 1er septembre 1887 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le Dr Gouraud.

La malade se plaint de douleurs dans le ventre et de pertes de sang.

Réglée à 13 ans, elle n'a jamais eu aucune maladie.

Elle a eu trois grossesses, la dernière à 35 ans ; les accouchements se sont toujours bien passés.

Il y a trois ans qu'elle a cessé d'être réglée ; depuis, elle s'est bien portée jusqu'au mois de juin 1887. A ce moment, elle commença à éprouver des douleurs dans le bas-ventre, accompagnées d'un écoulement séro-sanguin. Elle fut soignée pour une métrite, mais comme elle n'éprouvait aucune amélioration, elle se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, nous constatons que cette femme, malgré son amaigrissement, a un *aspect général relativement bon.*

Le toucher vaginal dénote l'existence d'un cancer type du col de l'utérus ulcéré, ayant envahi le vagin, et plus particulièrement son cul-de-sac antérieur, et probablement aussi le bas-fond vésical.

Actuellement il n'y a ni leucorrhée, ni métrorrhagie.

Le rectum n'est pas envahi.

On ne trouve rien d'anormal, en explorant les autres appareils.

Les urines sont claires, peu abondantes, sans albumine.

Pas de douleurs lombaires.

15 septembre. — Hier soir, à 9 heures, la malade a été prise de délire de paroles et d'un violent accès de dyspnée.

Le même état a persisté jusqu'à ce matin.

La malade est dans le décubitus dorsal, dans un état presque comateux. La respiration est fréquente, le pouls est fort, vibrant et rapide; les extrémités inférieures sont légèrement œdématiées.

A l'auscultation, on trouve une congestion pulmonaire, étendue aux deux côtés de la poitrine : le cœur ne laisse entendre aucun bruit anormal, mais les claquements valvulaires sont rapides et forts.

La pression au niveau des reins réveille des deux côtés une sensibilité qui touche à la douleur. La malade n'a pas uriné depuis la veille ; la sonde ramène 100 grammes d'une urine sanguinolente. Pas trace d'albumine.

Le soir, ce même état comateux a persisté depuis le matin ; la malade n'a pas uriné et le cathétérisme ne donne encore que quelques grammes d'urine, sans traces d'albumine. La température est normale (37°). A 9 heures, la malade meurt.

Autopsie. — Cancer de l'utérus, ayant débuté par le col et envahi le segment inférieur du corps, le vagin, la vessie, mais non le rectum. Les uretères sont comprimés par la masse cancéreuse qui unit les restes de l'utérus à la vessie. Ils sont très dilatés, le gauche plus que le droit, leur diamètre s'élève jus-

qu'à 1 centimètre environ et plus ; ils sont distendus par de l'urine, ce qui les fait nettement reconnaître sous le péritoine.

Un stylet introduit de la vessie dans les uretères arrive avec peine, et à travers un canal rétréci, dans la cavité de l'uretère, sans produire aucune déchirure, aucun traumatisme. Les bassinets sont aussi dilatés et distendus par l'urine non purulente.

Les deux reins ont un peu augmenté de volume, ils présentent des traces évidentes de néphrite. L'examen histologique n'est pas fait.

Les poumons sont congestionnés.

Le cœur ne présente aucune altération, son volume est normal.

Muqueuses gastrique et intestinale normales.

Pancréas sain.

Rate normale.

OBSERVATION IV

(Anghelovici *In thèse. Warchaskaïa*).

La nommée M... Augustine, âgée de 57 ans, blanchisseuse, entre le 23 août 1889 à l'hôpital de la Pitié, salle Grisolle, n° 1, dans le service de M. le Dr Hutinel (M. Marie remplaçant).

Pas d'antécédents héréditaires à noter.

Aucune maladie dans l'enfance. Réglée à 14 ans, toujours très bien. Ménopause à 48 ans, s'établit sans accident. S'est toujours très bien portée.

Il y a deux mois, la malade remarqua que son appétit avait

beaucoup diminué, il était très capricieux ; elle avait un dégoût très prononcé pour la viande, dont la simple vue, dit-elle, lui occasionnait des vomissements. Le lait et les légumes étaient assez bien supportés.

Peu après, elle commença à vomir, sitôt après l'ingestion des aliments.

D'abord assez éloignés, ces vomissements deviennent de plus en plus fréquents et s'accompagnent chaque fois de vives douleurs épigastriques et de tiraillements dans la région lombaire. Elle n'a jamais vomi de sang. n'a jamais rendu de matières noirâtres. Pas de constipation. Miction normale.

Etat actuel. — A son entrée, la malade ne paraît pas très amaigrie, les traits sont un peu tirés, les yeux excavés et cerclés de noir. *Pas de teinte cachectique.* La malade présente surtout le facies abdominal, la face exprime la souffrance. La peau est sèche ; le pouls est petit, mais régulier. Température normale. La malade est toujours tourmentée par ses vomissements qui reviennent après chaque ingestion d'aliments et se font très difficilement après de violents efforts douloureux. La constipation est opiniâtre, elle dure depuis 8 jours. Les mictions, qui étaient régulières, se sont arrêtées complètement depuis huit jours. Une sonde introduite dans la vessie n'amène pas une goutte d'urine, ce qui en rend l'examen impossible.

A l'examen de l'abdomen on constate par la palpation un empâtement général, la percussion donne plutôt de la submatité que de la sonorité. Le ventre n'est pas balonné, il est indolent, sauf à la partie inférieure, au niveau de la vessie, où la pression réveille un peu de douleur.

Pas de tumeur apparente.

La palpation combinée au toucher fait constater que l'utérus est petit et immobilisé. Le col n'est pas gros, mais il est dur et bosselé. Les culs-de-sac vaginaux sont libres, les annexes normales. Le doigt ramène un liquide jaunâtre, peu épais, inodore.

Le toucher rectal fait sentir également le col utérin avec les mêmes caractères.

Le foie et la rate ont leur volume normal.

Rien au cœur, ni aux poumons.

En se basant sur les signes fournis par le toucher, et en face d'une anurie absolue avec symptômes urémiques, on pose le diagnostic de cancer utérin avec compression des uretères.

24 août. — Nuit mauvaise. Les vomissements continuent, l'anurie persiste. On constate une légère tuméfaction des paupières.

25 et 26 août. — Même état. Dans l'intervalle des vomissements la malade a du hoquet. Les jours suivants même état.

3 septembre. — La malade est très affaiblie, parle à peine, mais répond très bien aux questions qu'on lui pose. Les vomissements sont presque continus.

Le dégoût pour les aliments est extrême ; l'anurie est complète. Cathétérismé toujours négatif.

Le ventre est un peu sensible à la palpation.

Vers neuf heures du matin, elle se sent très faible, demande un peu de vinaigre et, avant qu'on ait eu le temps de lui porter secours, elle s'affaisse et meurt.

Autopsie. — Cerveau, cœur et poumons normaux.

Rate normale.

Foie paraît normal. A la face supérieure du col droit on trouve une tumeur jaunâtre du volume d'une grosse orange.

A la coupe, elle est remplie d'une bouillie épaisse, mélangée de membranes translucides. A l'examen microscopique, on constate la présence de crochets d'hydatides.

L'estomac, de calibre moyen, contenait encore une bouillie liquide ; pas d'altérations, pas d'ulcérations, même pas de vascularisation.

Les deux tiers inférieurs de l'intestin grêle présentent à peine le tiers du calibre normal.

Le cœcum a la dimension d'une grosse pomme.

Le reste du gros intestin, le rectum compris, est très réfractaire ; aucune autre lésion, pas d'étranglement.

Le rein droit est très volumineux ; il a subi un mouvement de bascule, de sorte que son extrémité supérieure est devenue antérieure. A la coupe, on constate qu'il est transformé en une vaste poche limitée par une même couche de substance corticale. Le reste de la substance corticale, de même que la substance médulaire, a totalement disparu.

L'uretère droit est très volumineux et présente les dimensions d'un bon index et offre sur son trajet plusieurs inflexions.

Le rein gauche présente des altérations analogues à celles du rein droit, mais moins accentuées. L'uretère correspondant est aussi dilaté.

Les deux uretères, de même que les poches développées aux dépens des reins, renferment une urine claire et transparente dont l'examen chimique donne les résultats suivants :

Densité, 1010.

Urine, $6^{gr},60$ par litre.

Chlorures, $5^{gr},03$ par litre.

Phosphates, $0^{gr},569$ par litre.

Extrait sec, 12gr,50 par litre.

Ni albumine, ni sucre.

La vessie est petite, ratatinée, la muqueuse est plissée, mais normale. Elle ne renferme pas d'urine.

L'utérus est petit, le col est dur, crie sous le scalpel, est le siège d'un tissu épithéliomateux, ayant contracté des adhérences avec la vessie et les uretères. La cavité du corps de l'utérus est un peu dilatée et remplie d'un liquide puriforme et jaunâtre. Aucune communication n'existe entre la cavité utérine et la cavité cervicale, cette dernière étant complètement oblitérée par le néoplasme.

OBSERVATION V

Thiroloix, *In thèse Warchaskaia*, (p. 145).

La nommée Marthe L., âgée de 57 ans, entre le 15 septembre 1889 à l'hôpital Pascal, salle B., lit n° 38, dans le service de M. le Docteur Balzer.

Père mort d'hémorrhagie cérébrale ; mère morte à 45 ans d'un cancer de l'estomac. Deux sœurs et un frère bien portants.

La malade a eu la scarlatine à 7 ans, à 21 ans la fièvre typhoïde. Toujours bien réglée ; elle a eu trois enfants, en bonne santé aujourd'hui. De 50 à 53 ans, les règles sont devenues plus abondantes (ménorrhagies), à 55 ans, ménopause.

Pendant un an, c'est-à-dire durant 1887, elle jouit d'une bonne santé, ne perd pas une goutte de sang ; mais, dans les derniers mois de 1888, les règles reparaissent. Elle perd l'appé-

tit. *Pourtant n'a pas maigri ; elle est encore aujourd'hui très forte.*

L'abdomen est devenu douloureux et s'est développé dans les régions hypogastriques. Depuis un mois, constipation continuelle.

Céphalie intense. Dysurie. Constipation.

15 septembre. — La malade appelle de suite l'attention sur les hémorrhagies.

Par le toucher, on constate un développement énorme du corps utérin.

Le col est mou. Ganglions inguinaux durs, indolents. N'urine que très peu et très difficilement.

Rien dans la poitrine, ni au cœur. Œdème très prononcé des membres inférieurs.

25 septembre. — Hémorrhagie considérable. Tampon.

1er décembre. — Dyspnée continuelle. Céphalie. Diarrhée abondante.

Presque pas d'urine. On sonde : albumine.

15 décembre. — Le matin, à la visite, la malade est en orthopnée, mais cause encore ; tout à coup elle pâlit, ferme les yeux. On accourt ; elle était morte dans une syncope.

La dyspnée, la diarrhée avaient persisté. Les derniers jours, l'anurie était complète.

Autopsie. — Cavité crânienne. Pas de liquide séreux. Cerveau normal.

Abdomen : Anses intestinales, adhérentes à l'utérus.

L'utérus est énorme ; il a 30 centimètres de haut et 12 de large.

Col sain, intact.

Annexes : rien.

Sur toute la tumeur, petits kystes séreux.

A la coupe du corps de l'utérus, cancer type ; pus abondant.

La vessie est petite, aplatie contre le pubis. Indemne de cancer.

Uretères comprimés, volume de l'intestin grêle au moins.

Dilatation plus considérable de l'uretère droit.

Reins petits, bassinets très développés ; la substance des reins est pâle, décolorée.

Dans le gros intestin de l'estomac. — Ulcération très nette (grande comme un pièce de 50 cent.). Foie normal.

Cœur petit, pèse 240 grammes. Poumons un peu emphysémateux ; pas de tubercules.

Aorte non athéromateuse.

De cette étude symptomatologique, il résulte que les accidents anuriques surviennent dans deux sortes de conditions, absolument différentes. Tantôt, et le plus souvent, c'est chez une malade déjà cachectisée, épuisée par des hémorrhagies répétées, ou par l'infection, qu'apparaît l'anurie soit brusquement, soit et plus fréquemment après une période d'oligurie. L'intervention est assurément justifiée en pareil cas, mais elle ne donnera que des survies de courte durée : les trois observations que nous rapportons à la fin de cette thèse en sont des exemples. — Tantôt, et plus rarement, chez une femme paraissant en état de bonne santé, une anurie survient : on touche et on trouve un cancer latent du col utérin. Dans les observations que nous avons tenu à rapporter in extenso, le diagnostic n'a même pas tou-

jours été fait, tant l'attention était détournée de l'appareil génital de la femme. C'est dans ces cas, où l'état général est encore bon, que la néphrotomie donnera les meilleurs résultats. Chez ces malades, non encore épuisées, on pourra obtenir de longues survies.

DU CHOIX DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE.

La thérapeutique médicale étant impuissante contre l'anurie due à un cancer du col utérin, le seul moyen de prolonger la vie des malades est d'agir chirurgicalement. Il n'y a pas de contr'indications d'ordre scientifique à l'opération.

A quelle intervention faut-il avoir recours ? Le chirurgien se trouve avoir le choix entre l'ouverture du rein et l'abouchement de l'uretère,soit dans la vessie, soit dans l'intestin, soit à la peau.

Chercher à pratiquer une uerétro-néo-cystostomie ou uune uretéro-colostomie nous paraît compliqué. N'oublions pas en effet que l'opération que l'on pratique est ne opération d'urgence, et que, par suite, la durée d o it-en être courte et le manuel opératoire facile. A notre sens, deux opérations seulement sont à exécuter : la néphrotomie ou la greffe de l'uretère à la peau. Nous accordons notre préférence à la première parce qu'elle nous paraît plus simple et d'une moindre durée que la seconde. Si, pour une raison quelconque, on préférait, à l'exemple de M. le Professeur Le Dentu, aboucher l'uretère à la peau, voici comment on pourrait procéder : faire

une grande incision oblique du flanc, et, en décollant le péritoine, arriver jusqu'au point où l'uretère est croisé par les vaisseaux utéro-ovariens ; isoler l'uretère avec précaution, le saisir entre deux pinces hémostatiques, le plus bas possible, et le couper avec des ciseaux, entre les deux pinces. Il ne reste plus qu'à attirer le bout rénal de l'uretère au niveau de la plaie et de l'y fixer par quatre points de laiton ou crin de Florence. Après la suture profonde des muscles de la région, on introduit dans l'uretère un tube de caoutchouc non fenêtré qui plonge, à travers le pansement, dans un urinal (Le Dentu).

MANUEL OPÉRATOIRE DE LA NÉPHROTOMIE

On peut aborder le rein par deux voies différentes : la voie lombaire et la voie péritonéale. C'est à la première qu'il faut avoir recours.

On commence tout d'abord par nettoyer complètement le champ opératoire qui doit comprendre tout l'espace qui s'étend dans le sens transversal de la chaîne des apophyses épineuses à l'ombilic et verticalement des 4 ou 5 dernières côtes à 4 travers de doigt au-dessous de la crête iliaque. La malade est ensuite anesthesiée ; puis on la couche sur le côté opposé à celui sur lequel on doit opérer et on a soin de placer, entre la crête iliaque et le bord inférieur des côtes, un drap roulé ou un coussin dur de façon à bien faire saillir la région lombaire sur laquelle on va opérer. Il faut encore avoir soin de bien maintenir la malade, de la caler pour ainsi dire et, pour cette manœuvre, il est bon d'avoir un aide. La malade étant ainsi bien placée, on pratique la néphrotomie qui comprend trois temps :

1°) l'incision cutanée ; 2°) l'incision des plans profonds ; 3°) l'incision du rein.

1° *Incision cutanée.* — C'est l'incision verticale ou obli-

que qu'il faut pratiquer. La verticale se fera à 8 centimètres de l'épine dorsale en dehors de la gaine des muscles de la gouttière vertébrale et du bord externe du carré des lombes. L'oblique, que nous recommandons de préférence, peut se faire de dfférentes façons :

Le Dentu, après avoir fait une incision verticale de 3 centimètres partant du rebord inférieur de la douzième côte et en dedans de la masse des muscles de la gouttière vertébrale, continue suivant une ligne parallèle à la dernière côte.

D'autres prennent une ligne se rapprochant plus ou moins de la bissectrice de l'angle costo-vertébral.

L'essentiel est de faire une incision cutanée large, afin de ne pas manœuvrer comme au fond d'un puits, et par suite d'être gêné dans ses mouvements.

2° *Incision des plans profonds.* — Après l'incision cutanée, on sectionne le tissu cellulaire qui peut être plus ou moins infiltré, œdématié, puis, sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, les différents plans musculaires et on arrive sur le carré lombaire. Ce muscle est alors récliné en dedans, ou, si ce n'est pas possible, incisé franchement. On découvre alors l'atmosphère graisseuse du rein que l'on déchire de préférence avec les doigts, et on tombe enfin sur le rein. Il n'est pas rare d'avoir affaire à un rein légèrement mobile : aussi sera-t-il bon de s'aider de la manœuvre dite de Guyon. Un aide, placé en face de l'opérateur, cherche à ramener, avec le poing fermé sous les côtes, le rein dans la plaie. On peut alors fixer l'organe au moyen de deux ou trois fils de catgut ou l'inciser d'emblée.

3° *Incision du rein.* — Cette incision est des plus simples ; le seul point important est de la pratiquer suivant le bord convexe, ainsi que le conseille M. Le Dentu. Les expériences et les injections de Tuffier et de Lejars ont montré que c'est dans la région du bord convexe que la vascularisation reste minimum, tandis que, dans les deux faces, on s'expose à sectionner des vaisseaux d'un assez fort calibre. Il faut d'ailleurs ajouter, que le rein, chez les malades atteintes d'obstruction des uretères, est toujours atteint d'un certain degré de néphrite scléreuse et que, par suite, l'afflux sanguin se trouve diminué par suite de l'atrophie des vaisseaux. L'hémorrhagie est donc peu intense.

Il n'est pas nécessaire de pratiquer une grande incision : une petite est parfaitement suffisante. Pour ce faire, on ponctionne le bord convexe avec un bistouri, et on l'incise sur une longueur de deux centimètres environ. On introduit ensuite une pince de Lister jusque dans le bassinet, et on écarte les mors de manière à agrandir un peu la section en dilacérant le tissu rénal. Le doigt est ensuite introduit jusque dans le bassinet, pour bien s'assurer que ce dernier est ouvert et communiquera avec l'extérieur.

A l'incision du rein, il s'échappera de l'urine, s'il y a eu rétention et distension du bassinet.

Il survient aussi une hémorrhagie légère dont on se rend rapidement maître par un simple tamponnement à la gaze aseptique.

Le reste de l'opération est des plus simples : on suture les plans profonds au catgut, en ne laissant qu'un

petit espace pour le drainage. L'incision cutanée est également refermée sur la majeure partie de son étendue.

La durée totale de l'opération ne doit pas dépasser vingt minutes.

Suites opératoires.

Les suites opératoires sont des plus simples.

Dès le jour même, la malade urine et par la fistule lombaire et par la vessie ; les jours suivants les phénomènes urémiques disparaissent, l'état général s'améliore et la malade a grande tendance à se croire radicalement guérie. Malheureusement, l'amélioration n'est que passagère et, après un temps variable et dont la durée est d'autant plus courte que l'état général de la malade était plus mauvais avant l'opération, les phénomènes cachectiques reparaissent et la malade succombe.

Dans les trois observations que nous rapportons à la fin de cette thèse, la survie a été respectivement de 105 jours, 19 jours, et de 73 jours.

Dans les deux derniers cas, elle eût pu être plus grande, si les malades avaient pu être l'objet de soins plus assidus. Les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont des plus encourageants et la néphrotomie pratiquée chez des malades moins débilités serait suivie de succès aussi encourageants que ceux que l'on relève dans les cas d'anus contre nature pour cancer du rectum.

Les soins à donner après l'opération sont des plus simples : on fera le pansement tous les jours et avec la meilleure aseptie possible. Les mèches de gaze seront retirées dès le deuxième ou troisième jour, on les remplacera avec avantage par un drain. L'important est de ne pas laisser s'oblitérer la fistule qui, d'ailleurs, a peu de tendance à se fermer.

Inutile d'ajouter que, du côté de l'utérus, on continuera à faire des lavages antiseptiques et désinfectants, afin d'éviter les dangers dus à la septicémie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(M. le Professeur Le Dentu).

Cancer du col de l'utérus : hystérectomie vaginale. — Récidive ; anurie — Abouchement de l'uretère à la peau.

C'était une femme de 33 ans, à laquelle M. Régnier avait pratiqué au mois de septembre l'hystérectomie totale par le vagin pour un cancer de l'utérus. Une récidive rapide, sous forme de masses sous-péritonéales, avait amené l'obstruction des deux uretères par compression concentrique.

Depuis, le 16 janvier 1889, la miction s'était suspendue. Des vomissements incessants étaient l'indice d'un empoisonnement urineux avancé. Le mercredi, 23 janvier, une semaine après le début de l'anurie, je procédai à l'opération suivante : grande incision oblique du flanc gauche et mise à nu de l'uretère dans la fosse iliaque jusqu'au point où se croisent les vaisseaux utéro-ovariens. Dilaté par l'urine, il apparaît au fond de la plaie sous forme d'un cordon cylindrique d'un gris opalin, d'environ 7 à 8 millimètres de diamètre. Après

l'avoir isolé avec précaution, je place en travers deux pinces hémostatiques le plus bas possible, et je coupe le conduit entre ces deux pinces avec des ciseaux.

Je ramène alors tout le tronçon supérieur, long d'environ 9 centimètres, vers la partie la plus élevée de la plaie abdominale et je l'y fixe par quatre points de suture au crin de Florence. Drainage de la fosse iliaque. Sutures perdues des muscles et des couches sous-cutanées. Un tube de caoutchouc non fenêtré, engagé dans l'uretère, conduit l'urine à travers le pansement dans un urinal placé à côté de la malade.

Je recueille séance tenante une certaine quantité de ce liquide.

Dès le premier jour la sécrétion urinaire se rétablit ; au bout de deux jours la quantité d'urine émise était de 1.300 grammes.

Cependant, malgré une apyrexie complète, malgré une excrétion d'urée suffisante, une diarrhée abondante, due sans doute à l'irritation intestinal par les masses cancéreuses qui l'enveloppent, affaiblit graduellement l'opérée. Elle succombe au bout de 13 jours.

A l'autopsie, je trouvai le petit bassin rempli par des masses cancéreuses encéphaloïdes. La veine cave était seulement aplatie, non oblitérée ; mais les deux veines rénales étaient presque complètement obstruées par un caillot dont la formation remontait sans doute à 2 ou 3 jours, car depuis 2 ou 3 jours la sécrétion urinaire s'était ralentie, puis de nouveau entièrement suspendue.

Examen histologique des reins. — Les deux reins présentent, à l'œil nu, un aspect absolument analogue ; ils sont petits, à surface lisse, légèrement adhérents à leur capsule. A

la coupe, les deux substances paraissent saines et conservent leur volume respectif. Le bassinet et les calices présentent une surface interne lisse, non congestionnée ; leurs parois ne sont pas épaissies. Au microscope il existe des deux côtés des lésions d'ancienne sclérose disséminée, et en outre du côté opéré, un foyer cortical d'inflammation récente. Les lésions communes aux deux reins sont surtout marquées dans la substance corticale ; elles consistent en une abondance anormale du tissu conjonctif interposé aux tubes urinifères. Un grand nombre de glomérules sont dilatés, l'espace qui sépare le bouquet vasculaire de la capsule est agrandi, et cette dernière se trouve épaissie par l'adjonction de couches feuilletées de tissu conjonctif ; quelques très rares glomérules sont tout à fait fibreux. Les vaisseaux de la voûte sus-pyramidale sont atteints de péri et d'endartérite. Les reins ayant été examinés trop tardivement après la mort, on ne peut faire une bonne étude des épithéliums, qui sont en grande partie desquamés, surtout dans la substance corticale. Du côté du rein opéré, on voit en outre les lésions communément décrites, un petit foyer de tissu embryonnaire intertubulaire et périglomérulaire ; à son niveau, l'épithélium des tubes contournés paraît plus altéré que dans les autres portions. Rien à noter dans la substance médullaire, dans laquelle on ne distingue aucun foyer d'inflammation récente. Les deux bassinets sont sains, sauf la desquamation épithéliale post-mortem.

L'examen bactériologique permet d'affirmer l'absence de microcoques pyogènes.

En résumé, les deux reins sont atteints de lésions anciennes, de sclérose peu avancée ; la dilatations de glomérules témoigne en outre d'une gêne mécanique dans l'écoulement de l'urine

qui est survenue quand les uretères se sont trouvés englobés.

Dans le rein, du côté opéré, la substance corticale contient un foyer embryonnaire, qui, étant donnée l'intégrité de la substance médullaire, paraît dépendre d'une lésion descendante par élimination circulatoire. Il n'existe pas de pyélonéphrite ascendante infectieuse en dehors de la sclérose.

Et M. Le Dentu fait suivre son observation des réflexions suivantes :

« Nous savons que dans le cancer de l'utérus le fait d'anurie brusque, survenant par suite d'obstruction rapide, n'est pas très rare. Et il nous semble que dans ce cas, la greffe de l'uretère sur les téguments et la création d'un méat urétéral artificiel peuvent garantir aux opérés une survie prolongée. Notons que l'épithélioma du col de l'utérus, celui qui donne lieu à la plupart des obstructions des uretères, se généralise peu, ce qui est une condition favorable. »

OBSERVATION II

Dr Picqué, chirurgien des hôpitaux.

B. Marie, quarante-trois ans, entre le 27 juillet 1894 à l'hôpital Broca, salle A. n° 18, dans le service de M. le Dr Pozzi, que j'avais l'honneur de suppléer. La malade ne présente rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Relevons cependant qu'elle a eu 7 fausses-couches et un seul accouchement.

Il y a trois ans, ont apparu des métrorrhagies intermit-

tentes qui depuis ont toujours persisté. Des douleurs sont survenues dans ces derniers mois, mais ne sont pas excessives. Lors d'un précédent séjour de la malade à l'hôpital, M. Pozzi diagnostiqua un cancer utérin inopérable et fit 2 curettages successifs avec cautérisations au fer rouge, qui ne donnèrent pas une grande amélioration.

Dès le 16 *juillet*, la malade avait des mictions fréquentes et se plaignait d'une légère sensation de cuisson en urinant.

Le 24 *juillet*, la malade n'urinait plus une seul goutte. L'anurie est restée totale du 24 juillet au 6 août, c'est-à-dire pendant 13 jours. Au début, aucun phénomène grave d'anurie ne se produisit. La face était un peu bouffie ; il existait de l'œdème surtout aux membres inférieurs, mais peu marqué.

Quelques vomissements survinrent du 4 au 6 août : la diarrhée apparut le 6 août.

A la palpation des régions rénales, on trouvait le rein gauche plus abaissé que normalement et semblant augmenté de volume.

Du 27 *juillet* au 6 *août*, la température ne dépassa pas 37° 8.

Après quelques hésitations, la malade finit par accepter une intervention.

Le 6 *août*, je pratiquai la taille rénale du côté gauche seulement, pour des raisons que j'indiquerai plus loin.

Le bassinet n'était pas dilaté : je me bornai donc à l'excision du parenchyme rénal sur le bord libre et dans une étendue d'environ 4 centimètres ; l'opération se fit très facilement : il ne s'écoula pas d'urine. Je ne tentai pas de faire la marsupialisation et je me contentai d'un drainage à la gaze iodoformée.

Le 7 *août*, le pansement est infiltré de sang et d'urine.

Du 7 au 11 *août*, l'écoulement d'urine par la plaie est très abondant.

Amélioration de l'état général ; l'œdème disparaît.

Du 11 au 15, la malade urine par l'urètre la valeur de 3 verres d'urine claire. Depuis ce temps, la quantité émise par le méat a beaucoup diminué, mais l'écoulement reste très-abondant par la plaie.

6 *octobre* : — Il ne reste dans la région rénale qu'une fistule qui fournit toujours de l'urine en très grande quantité. L'écoulement par l'urètre ne se fait que par intermittence.

Les accidents anuriques ont complètement disparu : la température est normale, l'appétit est assez bon, mais la malade se cachéctise de plus en plus [1].

Le 8 *octobre*. — L'orifice de la fistule rénale se rétrécit et on met au drain.

La cachexie se prononce de plus en plus .

Les urines rendues par l'urètre sont rares et albumineuses. Par la plaie lombaire il suinte une assez grande quantité d'urine.

30 *octobre*. — Depuis quelques jours est apparu un peu d'œdème au membre inférieur gauche.

La plaie lombaire conserve le même aspect ; il n'y a pas de suppuration.

La malade est réduite à l'état squelettique et prend à peine un peu de nourriture.

19 *novembre*. — La cachexie est devenue extrême et la malade s'éteint dans l'après-midi, *cent cinq jours après l'opération*.

Jusqu'au dernier jour, la fistule lombaire a donné de l'urine.

Autopsie. — L'autopsie montre que les deux uretères sont dilatés, comprimés et envahis par le cancer utérin. Le rein droit est atrophié, rétracté et kystique. Le gauche présente des

[1] Cette partie de l'observation a été communiquée au congrès de chirurgie de Lyon, 1894.

lésions analogues à celles que l'on constate sur le rein droit ; le bassinet communique franchement avec la plaie lombaire ; il n'y a pas la moindre suppuration.

Examen des autres organes : Cœur légèrement atrophié. Pas de lésions orificielles.

Poumons : Pas de grosses lésions. Un très léger épanchement dans la plèvre droite.

Rate normale.

Foie de consistance presque normale, renferme quelques noyaux cancéreux à sa surface.

En résumé : néphrite double, atrophiante, et généralisation cancéreuse.

M. Picqué ajoute :

Si l'on veut réussir, il faut aller vite et éviter de laisser entrer la malade dans la phase d'intoxication urémique où la chirurgie devient naturellement impuissante.

Cette phase peut être tardive ; au treizième jour, la malade a encore pu bénéficier de l'intervention. J'ai dit les raisons qui m'avaient fait attendre, mais cette attente est beaucoup trop longue et je crois qu'il convient de fixer un délai maximum de trois jours, nécessaire pour s'assurer que l'anurie est définitive.

J'ajoute, enfin, que l'opération est d'une bénignité remarquable et que son résultat est pour ainsi dire immédiat.

Il m'a suffi d'un quart d'heure pour pratiquer cette opération, et dès le soir même la malade baignait littéralement dans l'urine : L'hémostase est facile : un sim-

ple drainage, selon le procédé de Mikulicz suffit. Je n'ai pas eu recours à la marsupialisation qui prolonge l'opération et ne donne qu'un résultat incertain, à cause de la grande friabilité du tissu rénal.

OBSERVATION III

INÉDITE

(Due à l'obligeance de MM. Jayle et Labbé, interne des hôpitaux).

D... Marie, trente-deux ans, journalière, entrée salle Fracastor C, n° 1, à l'hôpital Broca, dans le service de M. le Dr de Beurmann, le 2 juin 1894.

Elle se plaint de métrorrhagie et de pertes roussâtres, fétides, qui ont apparu il y a trois mois. Peu de douleurs.

Au toucher, on constate que le col est volumineux, fongueux et présente tous les caractères de l'épithélioma utérin.

10 *juin.* — Curettage et cautérisation au fer rouge qui amènent les jours suivants la cessation des métrorrhagies.

31 *juillet.* — Second curretage et cautérisation, les hémorrhagies ayant reparu. Celles-ci disparaissent à nouveau, mais surviennent bientôt des vomissements fréquents, bilieux, persistants, en même temps que la fièvre se montre et que de vives douleurs apparaissent dans le petit bassin et dans les lombes.

Les urines ne renferment pas d'albumine, mais ne sont pas très abondantes.

En *octobre* les vomissements se calment un peu, mais reparaissent en *novembre*. La température reste élevée.

14 novembre. — La malade se plaint de ne pas uriner depuis hier ; on la sonde, mais la vessie est vide.

20 novembre. — L'anurie continue ; les vomissements sont redevenus très fréquents et surviennent toutes les demi-heures, nuit et jour.

La malade sommeille continuellement, reste couchée sur le côté droit, et se plaint de céphalée intense.

Il existe un œdème assez marqué à la face, très peu accentué aux jambes.

Les pupilles sont légèrement dilatées.

La température est toujours élevée.

23 novembre. — L'état général continue à décliner ; la malade est plongée dans un état de torpeur dont on ne la tire qu'avec peine.

L'anurie persiste complète et dure depuis dix jours.

A l'examen des hypochondres, on constate du côté droit une tumeur un peu douloureuse, mobile, et qui semble être le rein augmenté de volume.

Au toucher on trouve un utérus énorme, immobilisé et qui remplit tout le petit bassin.

24 novembre. — *Néphrotomie lombaire.* Le rein est facilement trouvé et on le fixe par deux fils de soie. Incision de deux centimètres à peine sur le bord convexe du rein, puis introduction d'une pince de Lister jusque dans le bassinet et écartement des deux branches de la pince : il s'écoule aussitôt environ un demi-verre d'urine non fétide. Drainage du bassinet au moyen d'une mèche de gaze iodoformée. Suture de la majeure partie de la plaie.

L'opération a duré un quart d'heure.

Suites opératoires. — Des plus simples.

24 novembre. — La malade a vomi une seule fois, mais abondamment. Elle a uriné par la vessie environ 25 grammes d'urine sanguinolente.

25 novembre. — La malade a vomi depuis hier soir jusqu'à deux heures du matin. Elle a uriné spontanément par la vessie toutes les heures. Ce matin nous trouvons un demi-litre d'urine sanguinolente.

La température qui était depuis près de trois mois au-dessus de 38 degrés, et depuis un mois aux environs de 40 degrés, est tombée ce matin à 37 degrés.

L'état général s'est amélioré, et la malade n'est plus dans un état de torpeur aussi accentué que ces jours derniers.

Le pansement et les draps sont imbibés d'urine.

26 novembre. — La malade urine encore aujourd'hui un demi-litre d'urine peu sanguinolente.

Vomissements toute la nuit. Pas dans la journée.

Pansement qui est entièrement imbibé d'urine.

27 novembre. — Urine rendue par la vessie : un quart de litre.

Le pansement et le lit sont imbibés d'urine.

Amélioration marquée : Plus de vomissements.

28 novembre. — Urine rendue par la vessie : un demi-litre claire.

Le pansement et le lit sont toujours imbibés d'urine comme les jours précédents.

L'amélioration continue : la malade demande à manger et prend du lait.

29 novembre. — Urine rendue par la vessie : un demi-litre.

Hémorrhagie assez abondante qui nécéssite un tamponnement.

30 novembre. — Urine rendue par la vessie : un quart de litre.

L'urine s'écoule toujours abondamment par la plaie lombaire qui est en parfait état. Pas la moindre suppuration.

2 *décembre.* — Statu quo.

6 *décembre.* — La malade est abattue depuis deux jours et a un peu de T. : 38° 5. Elle n'urine plus par la vessie. La plaie lombaire donne issue à de l'urine trouble.

9 *décembre.* — L'urine qui sort par la plaie lombaire est rare et manifestement purulente. La plaie, elle-même, est en parfait état.

La malade ne prend plus rien et sommeille continuellement.

12 *décembre.* — Mort dans le coma.

Autopsie. L'autopsie montre le rein gauche atrophié et l'uretère très dilaté.

Le rein droit est quadruplé de volume et transformé en une éponge purulente.

Pas de suppuration de la paroi.

Poumons un peu congestionnés à la base.

Foie hypertrophié et gras.

Rate normale.

Cœur flasque et atrophié.

N. B. — L'infection rénale a été secondaire ; elle est due manifestement aux pansements et par suite aurait pu être évitée. La survie, par suite de cette complication, n'a été que de 19 jours.

OBSERVATION IV

INÉDITE

(Due à l'obligeance de MM. Jayle et Desfosses, internes des hôpitaux).

R. Eugénie, âgée de 33 ans, bonne, entre le 2 janvier 1895 dans le service de M. de Beurmann, à l'Hôpital Broca, salle Fracastor C.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. Variole dans l'enfance. Bonne santé habituelle — jamais de grossesse. Il y a six ans, la malade contracta la syphilis et fut soignée à l'hôpital Broca.

Depuis plusieurs mois la malade s'est aperçue que ses règles devenaient irrégulières et abondantes. Elle éprouve une difficulté croissante d'uriner. Pertes des forces, diminution de l'appétit. En même temps elle souffre beaucoup dans le bas-ventre.

Le symptôme dont elle se plaint le plus, c'est la difficulté qu'elle éprouve à uriner et c'est surtout pour les accidents de dysurie qu'elle présente qu'elle vient à l'hôpital.

Etat actuel. 2 janvier 1895. Femme non encore cachectisée mais fatiguée par de vives souffrances. Au toucher, on trouve un cancer qui a détruit tout le col de l'utérus et envahi la paroi vaginale antéro latérale droite ; la paroi recto-vaginale parait saine.

La malade est sondée et on retire de l'urine claire, ne contenant ni sucre, ni albumine. Pas de pus.

Ecoulement séreux vaginal pas très abondant. Pas d'hémorrhagie.

Poumons, cœur sains. Peu d'appétit.

15 *février.* — Depuis son entrée à l'hôpital la malade s'est rapidement cachectisée, les forces ont disparu et le repos complet au lit est devenu nécessaire.

En même temps ont apparu des douleurs atroces dans le petit bassin, s'irradiant dans les reins et les cuisses, arrachant des cris continuels à la malade. Après avoir cédé les premiers temps à la morphine, elles ne disparaissent plus, bien que la malade demande et reçoive jusqu'à 10 piqûres par jour.

Concomitamment les urines deviennent de plus en plus rares.

Le ventre est tendu et douloureux. Pas de troubles rectaux.

La masse néoplasique occupe tout le petit bassin et remonte dans l'abdomen, formant une grosse tumeur.

1er *mars* —. La malade décline à vue d'œil. Amaigrissement considérable, insommie, perte complète de l'appétit. Face couleur de cire.

On est obligé de sonder la malade.

5 *mars.* — Cette semaine a apparu de l'œdème qui s'es d'abord montré aux petites lèvres et aux malléoles péronières.

10 *mars.* — L'œdème a augmenté et bientôt a gagné les deux membres inférieurs et l'abdomen, remontant jusqu'au thorax. Les mains sont également œdématiés.

Avec l'apparition de l'œdème coïncide une atténuation des douleurs.

L'urine retirée par la sonde n'atteint plus que la quantité de 250 grammes par jour.

Petites ulcérations au niveau des ischions.

19 *mars.* — L'état général est des plus précaires : la malade a de la gêne respiratoire et ne prend, pour ainsidire, plus

rien : à peine peut-elle supporter quelques gorgées de grog ou de champagne glacé : le lait est rejeté aussitôt qu'il est pris.

Vomissements alimentaires et aqueux.

Langue un peu sèche.

Bourdonnements d'oreille.

Œdème considérable : la malade ne peut plus bouger dans son lit.

Pas de T° jusqu'à ce jour.

La quantité d'urine excrétée varie, depuis plusieurs jours, de 10 à 30 grammes par 24 heures.

21 *mars*. — *Opération*. La néphrotomie, proposée à la malade et acceptée, est pratiquée. — Chloroforme.

Le rein droit, un peu abaissé, et vaguement perçu à travers les téguments infiltrés, est choisi de préférence.

L'opération est simple et rapide ; disons simplement que les tissus traversés par l'incision étaient très fortement infiltrés, que le rein n'a pu être fixé, les fils le coupant et qu'il n'y avait pas d'urine dans le bassinet.

Suites opératoires. — *22 mai*. — La malade a uriné beaucoup par sa plaie ; on est obligé de changer les alèzes toutes les heures.

A 2 heures de l'après-midi, la malade éprouve le besoin d'uriner et en la sondant on retire 120 grammes d'urine.

La malade se trouve bien mieux ; elle prend du lait avec plaisir et a dormi la nuit.

23 *mars*. — L'œdème des jambes a diminué d'une façon appréciable.

La malade a rendu 3/4 de litre d'urine par la sonde en 24 heures.

Elle demande à manger. Depuis l'opération elle n'a plus vomi.

24 *mars.* — L'œdème qui remontait jusqu'au thorax n'existe plus qu'aux deux jambes et à la partie postérieure des cuisses.

Pansement : On change les mèches profondes ; en les retirant il sort une grande quantité d'urine par la plaie.

Tous les jours on renouvelle le pansement, et on change les mèches profondes tous les deux jours.

L'urine que l'on retire par la vessie diminue de quantité et devient trouble.

28 mai. — On ne retire que 35 grammes d'urine par la vessie ; cette urine est fortement purulente.

L'œdème a presque complètement disparu il ne persiste qu'aux pieds et aux mains.

La malade mange un peu, se trouve plus forte, et ne demande plus de morphine alors qu'elle en prenait, sans grand résultat, dix seringues par vingt-quatre heures.

1er *avril.* — On ne retire de la vessie que 50 grammes de liquide purulent : L'œdème a complètement disparu.

L'état de la plaie rénale est très satisfaisant.

Le liquide qui coule par la voie lombaire est clair et sans albumine.

La malade urine moins par sa plaie qu'au début ; il y a eu une crise urinaire qui a cessé.

La malade mange un peu, mais l'amaigrissement et la pâleur ne changent pas.

10 *avril.* — Lavages de la vessie à l'eau boriquée. — La vessie est envahie par le cancer, ce qui explique la purulence du liquide que l'on retire par la sonde.

La malade mange avec appétit.

30 *avril.* — La plaie est en bel état ; il reste encore la trace des points de suture qui avaient coupé la peau, et qui sont lents à se cicatriser.

La sonde permet de retirer de la vessie un liquide jaune verdâtre, d'odeur infecte.

5 *mai.* — Statu quo.

Les sécrétions vaginales sont très fétides. Pas de T°.

15 *mai.* — L'état général est moins bon et la cachexie commence à reparaître. De plus la malade fait de la septicémie chronique, le vagin et la vessie ne formant plus qu'un clapier purulent.

Par la fistule lombaire, il sort toujours de l'urine claire mais en moins grande abondance qu'il y a un mois.

2 *juin.* La malade est petit à petit tombée dans le coma et meurt dans la journée 73 jours après l'opération.

L'autopsie n'a pu être faite.

CONCLUSIONS

1° Le cancer de l'utérus détermine fréquemment la mort par suite de l'obstruction des uretères et des accidents urémiques qui en sont la conséquence.

2° Ces accidents urémiques surviennent soit insidieusement, soit brusquement ; dans les deux cas ils peuvent se manifester sous forme d'anurie complète.

3° Cette anurie ne cède pas au traitement purement médical.

4° Il est donc indiqué d'avoir recours à une intervention chirurgicale dont le but sera d'ouvrir une voie nouvelle à l'excrétion urinaire.

5° Des diverses opérations que l'on peut proposer, la plus simple paraît être la néphrotomie lombaire.

6° Les résultats obtenus sont ceux de toutes les opérations palliatives ; ils seront d'autant meilleurs que l'opéré sera moins cachectisé.

Vu : le Président de thèse,
PROF. FOURNIER.

Vu : le Doyen
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Caron et Féré. Progrès Médical, 1883, p. 1049.

Charcot et Gombault. Lésions des reins consécutives à la ligature des uretères. Arch. physiologie, 1881, p. 146.

Debove et Dreyfous. *Contribution à l'étude de l'anurie et de l'urémie*. Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1894, p. 95.

Jayle et Labbé. *Néphrotomie pour anurie due au cancer de l'utérus*. Bull. Soc. Anat. Avril 1895 et Presse Médicale. 1895.

Lancereaux. *Néphrite consécutive à l'épithélioma utérin*. Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1884.

Leca. *Lésions secondaires dues au cancer de l'utérus*. Thèse, Paris, 1888.

Le Dentu. *Traité des affections chirurgicales des reins et des uretères*, Paris, 1889, p. 803 ; et Congrès français de chirurgie, Paris 1889.

Mercklen. « Étude sur l'anurie. » Thèse, Paris, 1881.

Michel. De la néphrotomie d'urgence. Thèse, Lyon, 1893.

Picqué. *De la néphrotomie dans certaines variétés d'anurie*. Huitième Congrès français de chirurgie. Lyon, 1894. — Paris, 1895, p. 144.

S. Pozzi. Traité de Gynécologie, 1re édition, p. 373.

RAYER. *Traité des Maladies des Reins : Hydronéphrose.* T. III, p. 476.

STRAUS ET GERMONT. *Lésions histologiques du rein à la suite de la ligature de l'urétère.* Arch. phys. 1882.

TRÉKAKI : *Du méat urétéral artificiel.* Thèse, Paris, 1892, p. 39.

WARCHASKAÏA. Thèse, Paris, 1891.

TABLE DES MATIERES

Introduction 7
Historique 9
L'anurie dans le cancer 13
Anatomie pathologique 13
Symptomatologie 18
Du choix de l'intervention chirurgicale 39
Manuel opératoire de la néphrotomie 41
Suites opératoires 45
Observations 47
Conclusions 63
Index bibliographique 65

Imprimerie DESTENAY, — Bussière frères, St-Amand (Cher).